

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)  
**THỎA THUẬN VỀ DỊCH VỤ CÁ NHÂN**  
INDIVIDUAL SERVICE AGREEMENT  
**Đừng dùng cho Dịch Vụ Miễn Lệ**

TÊN THÂN CHỦ	SỐ DDD
CHÚ THÍCH Y TẾ CẦN LƯU Ý	
NHỮNG ƯU ĐIỂM (KỂ CẢ SỰ HỖ TRỢ, CÁC LÃNH VỰC/KHẢ NĂNG LÀM MỘT MÌNH)	
NHỮNG HỖ TRỢ CẦN THIẾT/YÊU CẦU	
CÁC DỊCH VỤ ĐỀ NGHỊ	
KẾ HOẠCH THEO DÕI (KỂ CẢ AI THEO DÕI, SỰ THƯỜNG XUYÊN NHƯ THẾ NÀO, BÁO CÁO RA SAO)	
CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN	NGÀY
NGƯỜI THAM GIA KHÁC	
CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ	NGÀY

### QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để thỉnh cầu điều giải hành chánh nhằm phản đối quyết định này.

- Quý vị hiện đang nhận dịch vụ đã được DDD trả tiền và muốn dịch vụ đó được tiếp tục trong lúc kháng cáo. Quý vị phải nộp thỉnh cầu điều giải hành chánh trước ngày \_\_\_\_\_.
- Nếu quý vị chọn tiếp tục hưởng dịch vụ được trả tiền này và quyết định cuối cùng của bộ vẫn giữ nguyên, thì quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả tiền lại cho các dịch vụ lên đến 60 ngày.
  - Nếu quý vị không muốn tiếp tục nhận các dịch vụ đã được trả tiền, xin liên lạc với:

\_\_\_\_\_ tại \_\_\_\_\_  
NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP

\_\_\_\_\_  
SỐ ĐIỆN THOẠI

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Có người đại diện cho quý vị (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
2. Được yêu cầu có bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức được DDD xét duyệt để quyết định;
3. Được trình những giấy tờ để làm bằng chứng;
4. Được làm chứng tại buổi điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng cho quý vị; và
5. Được đối chất với những nhân chứng của bộ.

Đơn thỉnh cầu điều giải hành chánh có kèm theo đây.

### NẾU CÓ THẮC MẮC

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định này hoặc về thủ tục kháng cáo, xin liên lạc với:

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	VĂN PHÒNG ĐỊA PHƯƠNG
-----	---------------	----------------------



**THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI CHO  
THỎA THUẬN  
VỀ DỊCH VỤ CÁ NHÂN**

Chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**GỬI ĐẾN:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**SỐ FAX:** 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Nha Trợ Giúp Tàn Tật (DDD) về dịch vụ hoặc người chăm sóc.

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)

NGÀY SINH

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI

SỐ ID CỦA THÂN CHỦ

THÀNH PHỐ

TỈNH BANG

SỐ BƯU CHÍNH

SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)



ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: \_\_\_\_\_ bởi: \_\_\_\_\_  
NGÀY TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ:  Có  Không Chương Trình: \_\_\_\_\_

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ

CƠ QUAN

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ

ĐƯỜNG

THÀNH PHỐ

TỈNH BANG

SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải không?  Có  Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? \_\_\_\_\_

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn đổi để được điều giải bằng cách đích thân đến gặp xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến quý vị.